
Torsión del Epiplón Mayor: Manifestaciones Clínicas y Diagnóstico

Torsion of the greater Omentum: clinical manifestations and diagnosis.

Oscar Sarango Peláez¹
Patricia Jaramillo Sisalima²
Byron Serrano Ortega³

1. Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Cirugía General, Docente del Área de la Salud Humana de la UNL

2. Doctor en Medicina y Cirugía, Mg en Nutrición y Dietética.

3. Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Cirugía General. Docente del Área de la Salud Humana de la UNL.

*Autor para correspondencia: sarangoscar2@gmail.com

RECIBIDO: 30/09/2016

APROBADO: 16/11/2016

RESUMEN

La torsión del epiplón mayor es una patología rara que hasta la actualidad sólo han reportado 300 casos a nivel mundial con una tasa de incidencia aproximada de 0.3% de pacientes con sospecha de apendicitis aguda. Esta entidad fue descrita por primera vez por Eitel en 1899. Representa una de las causas raras de abdomen agudo con sintomatología parecida a apendicitis aguda y otras patologías abdominales; puede ser primaria o secundaria; la primera se presenta sin evidencia de patología intraabdominal preexistente o etiología desconocida, aunque que es atribuible a un pedículo del epiplón muy angosto o muy largo, y la segunda, o de causa conocida, ocasionada por trauma externo, ejercicio violento o movimiento peristáltico muy acelerado, hernias, bridas o tumor; pero por lo general es diagnosticada intraoperatoriamente, en niños según estudios se presenta en el 0.05 a 0.1% . El diagnóstico preoperatorio es difícil y usualmente sólo se llega a él mediante una

ABSTRACT

Torsion of the greater omentum is a rare disorder that until the present only reported 300 cases worldwide with a rate of approximate incidence of 0.3% of patients with suspected acute appendicitis. This entity was first described by Eitel in 1899. It represents one of the rare causes of acute abdomen with symptoms similar to acute appendicitis and other abdominal pathologies; It may be primary or secondary; the first is presented without evidence of pre-existing intra-abdominal pathology or etiology unknown, although that is attributable to a pedicle of the omentum very narrow or very long, and the second, or cause known, caused by external trauma, violent exercise or Peristaltic movement very accelerated, hernias, flanges or tumor; but intraoperatively is usually diagnosed, it occurs in 0.05 to 0.1% in children according to studies. Preoperative diagnosis is difficult and usually only be reached via a laparotomy Explorer and it can be confused with

laparotomía exploradora y puede ser confundido con patologías tales como apendicitis aguda, pancreatitis, colecistitis aguda o úlcera duodenal perforada, entre otras.

Debido a escasa frecuencia de esta patología quirúrgica es importante reportar los casos cuando estos se presentan, por lo general son insospechadas hasta que se realiza la intervención quirúrgica.

Palabras clave: Torsión de Epiplón, clinical manifestations, diagnosis.

diseases such as acute appendicitis, pancreatitis, acute cholecystitis or duodenal ulcer perforated, among others. Because low frequency of this surgical pathology report is important cases as they arise, they are usually unsuspected until the surgery is performed.

Keywords: Torsion of omentum, clinical manifestations, diagnosis.

INTRODUCCIÓN

La torsión del epiplón mayor es una causa poco frecuente de abdomen agudo de etiología desconocida, suele comprometer el segmento derecho del mismo en el 80% de los casos y cuyo principal diagnóstico diferencial es apendicitis aguda, por lo general los pacientes presentan dolor abdominal lento y difuso o localizado según zona afectada de varios de días de evolución en la mayoría de veces en cuadrante inferior derecho acompañado de náuseas, vómito y diarrea ocasionalmente. (Carames & y Cols, 1996) Se han reportado casos en muchos países y en México se ha informado, al menos en 16 personas, 1-4 de ellas seis han sido niños. (Mejía Camacho & y Cols, 2010).

Su incidencia es del 3-7% en pacientes con sospecha de diverticulitis aguda y del 1% en pacientes con dolor en fosa iliaca derecha. (Carrillo, Hernández, & Soriano, 1986). Análíticamente las cifras de leucocitos son normales o mínimamente elevadas con aumento de la proteína C reactiva. En donde haya exámenes radiológicos como una ecosonografía o tomografía es ideal para descartar otras patologías y detectar esta nosología. El estudio ecográfico revela una masa ecogénica no compresible redonda u ovalada situada por debajo de la zona de máximo dolor. Este hallazgo es característi-

co de lo que se ha llamado "infarto graso focal intraabdominal" que incluye tanto la apendicitis epiploica como al infarto omental. (Doganay, Gul, & Kocakoc, 2010) El diagnóstico diferencial entre ambas entidades se basa en las características de imagen en TC, fundamentalmente por la presencia de una zona central hiperdensa que representa histológicamente el apéndice torsionado. (Pons A, 1978).

El manejo de estos enfermos parte de un adecuado diagnóstico y tratamiento analgésico ya que se considera que el tratamiento quirúrgico debe reservarse para los enfermos con complicaciones o con intenso dolor rebelde al tratamiento. (Maingot, 2008).

El diagnóstico preoperatorio es difícil de establecer por la inespecificidad de la clínica y el diagnóstico definitivo se establece casi siempre durante la cirugía. En los momentos actuales el mejor manejo en estados dudosos de abdomen agudo quirúrgico es la laparoscopia diagnóstica y la resolución por esta vía siempre y cuando sea factible técnicamente o caso contrario está indicado la laparotomía. (Sánchez, Rosado, & Ramirez, 2002) Se han reportado casos de tratamiento conservador con resultados buenos sin embargo el tratamiento de elección es quirúrgico. (Roman Pera, Pulachs Clapera, & Trias Folch, 1996) La presente revisión bibliográfica

tiene por objetivo conocer datos actualizados sobre su frecuencia, el diagnóstico diferencial para un mejor manejo, diagnóstico adecuado y tratamiento precoz, debido a su escasa presentación epidemiológica es importante tener presente esta patología quirúrgica.

■ MATERIALES Y MÉTODOS

Para realizar el presente artículo, se procedió a la búsqueda de bibliografía actualizada de fuente primarias y secundarias como revistas, artículos, libros físicos y digitales procedentes de España, México, Chile, Ecuador relacionados con el tema, la mayoría de material bibliográfico con menos de 10 años de publicación, tomando en cuenta datos relevantes de frecuencia, diagnóstico diferencial y manejo. Luego de la lectura y análisis de la bibliografía compilada se la clasificó para obtener la información más verás acorde con la población parecida estudiada, es decir, latinoamericana con el objeto de evitar errores de interpretación.

■ RESULTADOS

Según el análisis de las revisiones bibliográficas, la torsión primaria de epiplón fue descrita por primera vez por Eitel en 1899, citado por Mcwhinnie. (DL., 1994). La torsión del epiplón es más frecuente en varones en la cuarta o quinta décadas de la vida, el epiplón sufre uno o más giros, que generalmente son en el sentido de las manecillas del reloj lo que se traduce en manifestaciones abdominales de carácter agudo. (Tokhais & et al, 2010) También se reportaron casos de niños entre 4 a 13 años de edad con un porcentaje de presentación de 6.6%, el resto se presenta en adultos. La mayoría coincidió que esta patología puede ser primaria de etiología desconocida o según algunos autores puede deberse a un epiplón largo o su base más estrecha; o, secundaria a adherencia

del epiplón a sacos herniarios, cicatrices operatorias, tumores o a otras lesiones peritoneales u órganos de la cavidad abdominal, siendo la causa secundaria más frecuente y sobretodo en el lado derecho, donde el epiplón es más grande y más móvil.

La mayoría de estos pacientes presentan sintomatología variada, que por lo general inicia el dolor abdominal en epigastrio, de tipo cólico que aumenta de intensidad progresivamente, posteriormente el dolor se localiza en fosa iliaca derecha, acompañado de náuseas y vómitos. Clínicamente esta sintomatología es parecida al de una apendicitis aguda, es por eso que debe realizarse el diagnóstico diferencial con esta patología. En la analítica se observó ligera leucocitosis con desviación a la izquierda. Ecográficamente se distinguieron aumento de la densidad de la grasa epiploica y en los estudios de las tomografías lograron distinguir alta sospecha de infarto epiploico. En todos los reportes el diagnóstico definitivo fue a través de la intervención quirúrgica como laparotomía o laparoscopia. En cuanto al tratamiento definitivo fue la resección de la parte afectada del epiplón mayor o su resección total en un solo caso. En ningún caso reportaron complicaciones, tratándose de un tratamiento seguro.

■ DISCUSIÓN

La torsión del epiplón mayor hasta la actualidad es una patología rara de dolor abdominal, se han reportado alrededor de 300 casos a nivel mundial, pero siempre debe considerarse ante la presencia de abdomen agudo. Esta torsión puede ser de origen primario debido a circunstancias anatómicas de nacimiento como un epiplón largo, bífido y con venas epiploicas redundantes. En cambio la torsión secundaria, es debida a adherencias, incarceration herniaria, tumores. Adams clasificó esta patología como factores desencadenantes y factores predis-

ponentes de los cuales sobresalen diferencias anatómicas, obesidad y distribución de la circulación del epiplón. (Scabibi S, 2011) Además se han reportado factores precipitantes como una comida copiosa, cambios bruscos de posición corporal, ejercicio físico exagerado o trauma abdominal.

Clínicamente se manifiesta con dolor abdominal agudo tipo cólico, inicialmente localizado en epigastrio, que posteriormente se localiza con más frecuencia a cuadrante inferior derecho. En raras ocasiones, puede acompañarse de febrícula. Al examen físico hay hipersensibilidad en Fosa iliaca derecha, signo de McBurney positivo y los exámenes complementarios poco reveladores, puede haber ligera leucocitosis con neutrofilia. (García Puges, Pujol Soler, & Adell Rocafort, 1996). En la mayoría de los casos, los estudios de imagen no muestran específicamente ningún dato radiológico que indique torsión de epiplón aunque se han reportado casos de hallazgos ecográficos como aumento de la densidad de la grasa epiploica y tomográficos sospecha de infarto epiploico. Oğuzkurt reconoció como hallazgo universal en el estudio ecográfico la presencia de líquido estéril y serosanguinolento dentro de la cavidad peritoneal. (Oğuzkurt P, 1995) En la tomografía la característica típica de la torsión de epiplón es su patrón difuso en forma de remolino fibroso y graso. También se puede distinguir el “signo de pedículo vascular” se observa un punto central del potenciador buque de la mesentérica rodeando con múltiples giros a las ramas mesentéricas de menor tamaño.

Esta sintomatología se produce debido a que la torsión produce primero una congestión venosa por estrangulamiento de los vasos y si persiste luego se produce un infarto agudo hemorrágico, determinando una peritonitis aséptica con presencia de líquido serosanguinolento en la cavidad abdominal. El segmento infartado

puede llegar a la necrosis y, si no es extirpado, acaba convirtiéndose en una masa fibroatrófica.

La característica del dolor abdominal que generalmente está localizado en el cuadrante inferior derecho del abdomen, lo que lo convierte en un diagnóstico diferencial de la apendicitis aguda, lo que motiva la cirugía, siendo por tanto el diagnóstico intraoperatorio.

Esta torsión requiere para su corrección de una intervención quirúrgica, que casi siempre se confunde con apendicitis y casi nunca se sospecha la torsión del epiplón antes de la laparotomía.

■ CONCLUSIONES

Las manifestaciones clínicas de la torsión del epiplón mayor es muy escueta, por lo general se presenta con dolor abdominal cuya localización depende de la porción y tamaño del epiplón afectado; el cuadrante inferior derecho es la localización más frecuente. Además este cuadro puede acompañarse de náuseas, vómitos, febrícula y, de manera excepcional, es posible palpar una masa. La analítica suele revelar ligera leucocitosis. El diagnóstico diferencial se lo debe hacer con los cuadros responsables de abdomen agudo más frecuentes, entre ellos tenemos la apendicitis aguda y en menor frecuencia con la colecistitis y la diverticulitis. Para el diagnóstico siempre se debe considerarse un estudio de imagen como la ecografía, la misma que resulta muy útil. Por lo general el diagnóstico definitivo se realiza durante la intervención quirúrgica por medio de una laparotomía o laparoscopia, con exéresis del omento afectado.

LITERATURA CITADA

Carames, J., & y Cols. (1996). Torsión Primaria de Epiplon. Informe de un Caso. Cirugía y Cirujanos, 152-154.

Carrillo, A., Hernández, N., & Soriano, A. (1986). El infarto epiploico. Una causa poco frecuente de abdomen agudo. Cirugía Española, 1403-9.

DL., M. (1994). The Omentum. En M. R. Morris PJ, Oxford Textbook of Surgery (pág. 1330). New York: Oxford Medical Publications.

Doganay, S., Gul, Y., & Kocakoc, E. (2010). Omental and inarction depicted by ultrasound and computed tomography: An unusual cause of abdominal pain. Inter Med, 871-872.

García Puges, A., Pujol Soler, R., & Adell Rocafort, J. (1996). Torsión del epiplón mayor como causa de abdomen agudo. Revista Española de Cirugía, 39-42.

Maingot, Z. (2008). Operaciones abdominales. En M. Zinner, & S. Asley, Apéndice y apendicectomía (págs. 595-596). México: McGraw-Hil.

Mejia Camacho, L., & y Cols. (2010). Torsión primaria del epiplón. Extraña causa de dolor abdominal. Revista Mexicana de Pediatría, 257-259.

Oğuzkurt P, K. E. (1995). Primary omental torsion in a 6-year-old girl. J Pediatr Surg., 1700-1701.

Pons A, P. (1978). Patología y clínica médicas. En P. Pons A, Patología del epiplón (págs. 403-405). Barcelona: Salvat.

Roman Pera, M., Pulachs Clapera, J., & Trias Folch, M. (1996). Torsión primaria de epiplón mayor. Rev Española Enf Dig, 232-233.

Sánchez, J., Rosado, R., & Ramirez, D. (2002). Torsion of the Greater Omentum Treatment by Laparoscopy. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 443-445.

Scabibi S, R. E. (2011). Primary omental torsion: A case report. World J Gastrointest Surg, 153_155. Tokhais, A., & et al. (2010). Primary omental torsion. Gastroenterol, 13, 144.
